Ueber

Diagnose der Ovarialcysten.

Inaugural-Dissertation

unter

dem Präsidium

des

Herrn Prof. Dr. von Nussbaum, Generalstabsarzt a. l. s.

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

zu München

durch

Friedr. Freyvogel

appr. Arzt aus Basel.

München, 1877.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ueber

Diagnose der Ovarialcysten.

Inaugural-Dissertation,

unter

dem Präsidium

des

Herrn Prof. Dr. von Nussbaum, Generalstabsarzt a. l. s.

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

zu München

durch

Friedr. Freyvogel

appr. Arzt aus Basel.

München, 1877.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554608_0037

Dem Andenken

meiner lieben Eltern

gewidmet.

Dass unter den Fortschritten, welche die Chirurgie unserer Tage aufweist, die Einbürgerung der **Ovariotomie** unter die legalisirten Operationen keine der letzten Stellen einnehme, darüber herrscht gegenwärtig wünschbarste Uebereinstimmung. Daher wird dem Neuling, welcher die schönen Resultate sieht, welche jetzt allenthalben damit erzielt werden, schwer verständlich, dass die Frage ihrer Berechtigung, einstmals eine viel umstrittene war. Dennoch ist es nicht einmal nöthig, viele Blätter in der Geschichte zurückzuschlagen: Was soll man denken, wenn man die vielen ehrenwerthen Männer sieht, welche vor noch nicht so langer Zeit die Ovariotomie als unerlaubt verwarfen. — Werden dieselben von kleinlichen Vorurtheilen beseelt gewesen sein? Keineswegs: Man sehe näher zu, und man wird sich überzeugen, dass dieselben erst nach gewissenhafter Abwägung von dafür und dawider es für ihre Plicht hielten, Veto einzulegen, nachdem die Statistiken so abschreckend lauteten, wie selten in der Chirurgie vorgekommen war.

Wenn z. B. in der ersten grösseren Zusammenstellung der englisch-amerikanischen Fälle (F o c k, bei W e s t, Frauenkrankheiten) zu lesen ist, dass von 292 begonnenen Ovariotomien schon volle 92 dadurch misslangen, dass die Exstirpation nicht ausgeführt werden konnte, da sie an unvorhergesehenen Hindernissen scheiterte, wobei der Ver-

such nichts desto weniger 31 mal den Tod der Patientin zur Folge hatte, — dass von dem Rest der zu Ende Operirten abermals 89 starben; wenn in der ersten deutschen Zusammenstellung (Scanzoni) auf 64 Operationen gar nur 12 Heilungen gegen 46 Todesfälle kommen, — so ist man geneigt, eher zu staunen, dass es angesichts so grauenhafter Resultate noch Operateure gab, die den Muth hatten, fortzufahren. In der That erzählt ein Kliniker, der gegenwärtig zu den glücklichsten Vertretern der Operation zählt, dass ihn nach seinen ersten 5 Fällen, die sämmtlich lethal verliefen, ein derartiger Schauder überkam, dass er sich während anderthalb Jahren nicht wieder an die Operation wagte.

Allein unsere Zeit, mag sie sich gleich der conservativen Chirurgie rühmen, ist nicht dazu angethan, sich etwas wieder entreissen zu lassen, von dem sie Erfolge gesehen hat, so glänzend, wie die Chirurgie wenige aufweist: trotz dem Anathem namhafter Autoritäten erweckte sich das Verfahren stets von Neuem Anhänger. Dieselben machten es sich zur Aufgabe, den Quellen der Misserfolge nachzugehen, um ihr Eintreten zu verhindern, oder zu paralysiren. Dass es gelungen ist, in der Sache einen Umschwung herbeizuführen, ist das Verdienst des dahin angewandten Scharfsinns vieler Forscher.

Vorzugsweise waren es zwei Spitzen, in denen die Vorwürfe zusammenliefen, zwei Uebelstände, die auch aus den angeführten Daten herausleuchten: 1.) Die enorme Mortalität, 2.) Die hohe Summe unvollendeter Operationen. Es ist zwar unverkennbar und hervorzuheben, dass in der Beziehung ein Unterschied zwischen den Angaben aus Deutschland und denen aus England-Amerika besteht, dass sie in merklich verschiedener Weise an den beiden Uebelständen participiren. Darnach zu denken, die Deutschen wären weniger geschickt zur Ausführung der Operation, aber glücklicher in der Diagnose gewesen, als ihre anglo-amerikanischen Collegen, dürfte, wenigstens in seinem zweiten Theil, arger Trugschluss sein. Denn der ihnen zufallende nicht erwähnte Procentsatz unvollendeter Operationen wird wohl unter den unerwähnten Fällen, oder dem Mortali-

tätsüberschuss kaum unter rechtzeitig diagnostisch ausgeschiedenen zu suchen sein. Der erste Schritt um dem Vorwurf der hohen Mortalität zu begegnen, musste daher sein, vorläufig überall auf den gleichen möglichst niedrigen Mortalitätssatz herabzukommen. Die Deutschen hatten sich dieserhalb nach England zu wenden, um bei den Vätern der Ovariotomie die Technik des Verfahrens nachzusehen. Dann erst galt es der Vereinigung Aller, unter Austausch der Erfahrungen an der Besserung der Prognose zu arbeiten.

So geschah denn auch, und nicht vergebens: es wurde besser. Ich erinnre nur an die Verbreitung der Einsicht über die Bedeutung der sog. Toilette des Peritoneums, der Sepsis und der verschiedenen Arten ihrer Bekämpfung; an das Aufgehen der Erkenntniss, dass der gefürchtete Bauchfellsack im Grunde = gleich gewöhnlicher Bindegewebslücke, und bei wirksamen Cautelen gegen Aufsaugung schädlicher Stoffe z. B. unter dem Carbolnebel sich auch nicht anders verhalte. — Selbst von einer weiteren Erfahrung, die an und für sich nicht tröstlich klingt, nemlich dass mit zunehmender Fertigkeit des Operateurs die Prognosen regelmässig bessere werden, ist nicht zu leugnen, dass auch sie zuletzt der operativen Tradition zu Gute kommen muss.

Alle Verbesserungen aufzuzählen ist hier nicht der Ort; thatsächlich ist in der Folge die Sterblichkeit auf ein solches Niveau herabgekommen, dass mit Fug behauptet werden darf, es habe sich ein Gleichgewicht zwischen Gefahr der Krankheit und Gefahr der Operation etablirt. Herr Professor v. Nussbaum hat z. B., wie ich seiner freundlichsten Mittheilung verdanke, unter seinen letzten 15 Ovariotomieen, sämmtlich gelistert, einen Verlust von nur noch 21%, worunter keinen durch Septicämie.

Es fragt sich nun, wie es in der Gegenwart mit dem andern Vorwurf stehe, der grossen Menge unvollendeter Operationen, — dessen Wichtigkeit daraus erhellt, dass 33% davon einen lethalen Abschluss provocirten. Das fällt nicht unter die harmlosen Versuche, und ebendesswegen hatten strenge Männer, wie West u. A. auch in Erwartung selbst angesichts ver-

besserter Technik die Ovariotomie nachsichtslos verurtheilt. »Es discreditire die Wissenschaft, eine Methode zu den legalen zu zählen, die so gefährliche Irrthümer zulasse.« Kein Zweifel! unvollendete Operationen bilden, es sei mir der Ausdruck gestattet, die partie honteuse in der Chirurgie; sie hinterlassen den odiosen Eindruck, einen Kunstfehler zu involviren. Sollte der Uebelstand so eng mit dem Verfahren verknüpft sein, wie behauptet wurde, wegen der hohen Regelmässigkeit —, oder konnte nicht hier auch etwas geschehen?

Nun zerfallen jene unvollendeten Ovariotomien wesentlich in zwei Kategorien. Ein Theil scheiterte daran, dass nach Eröffnung der Bauchhöhle derartig verbreitete Verwachsungen der Neubildung mit Bauchfell und Eingeweiden vorlagen, dass die Operateure von der ihnen zu gefahrvoll erscheinenden Lösung absahen, und vorzogen, den Rückzug anzutreten. Dieser einst so gefürchteten Complication ist durch die vorgeschrittene Technik direct begegnet worden; heute steht fest, dass eine behutsame Trennung der Verwachsungen, dieser ephemeren, so leicht wieder schmelzbaren Bindegewebsverdichtungen, durchaus nicht so ominös ist. Geheilte Ovariotomien, wo reiche Verwachsungen und Gefässe zu trennen waren, sind die zahlreichen sprechenden Zeugen dafür. Sp. Wells sagt geradezu: »sobald die Fälle von Ovariot. nach Hunderten gezählt werden konnten, wurde es mir sehr klar, dass Adhaesionen zwar etwas Aufenthalt und Schwierigkeit bei Entfernung der Cyste bieten können, dass grosse Sorgfalt zur Entfernung etwa in die Bauchhöhle ergossenen Blutes, und einige Mühe zum Verschluss blutender Gefässe nöthig ist: aber die statistischen Ergebnisse waren absolut identisch, mochten die Cysten verwachsen sein oder nicht!«

Für die andere Kategorie unvollendeter Operationen scheint der Vorwurf des Kunstfehlers in seiner ganzen Härte einzutreffen: die zahlreichen Fälle, wo nach gemachtem Bauchschnitt statt des erwarteten ovariellen ein anderer oder gar kein Tumor gefunden wurde. Es liegt auf der Hand, dass hiegegen kein Fortschritt der Technik

abzuhelfen vermag; diese in der That schwächste Seite der Ovariotomie brauchte anderswoher Hilfe. **Falsche Diagnosen** waren der Ursprung des Missgriffs gewesen. Dort musste die Reform einsetzen, musste die lückenhafte Diagnostik der in Frage kommenden Pathologieen ergänzen, beziehungsweise auf breitere Grundlage neu bauen. In dem Grade, wie diess gelang, musste der letzte Einwand gegen die Operation dahinfallen. Diese Erkenntniss wies dem Eifer der Ovariotomisten seinen Weg. Zu sehen, welche Regsamkeit derselbe entfaltete, um die geschätzte Operation zu retten und zu heben, ist erstaunlich. Bei alledem ist nicht zu vermeiden, dass der Werth des Gewonnenen verschieden beurtheilt wird. Doch liegt die Frage einfach. Es ist genug, wenn vor jedem gefährlichen Irrweg eine Warnungstafel steht, und die etwa noch möglich bleibenden Missgriffe auf solche zusammenschrumpfen, die nimmermehr als Frevel angeschuldigt werden können.

Die Durchsicht des angehäuften Materials, welche vorzunehmen Schreiber dieses einer freundlichen Aufforderung verdankt*), unter genanntem Gesichtspunkt zu fertigen, ist der Zweck dieser Zeilen sie womöglich in einer Art zuwege zu bringen, dass auf obige Frage eine befriedigende Antwort herausspringt, der Wunsch des Schreibenden. Die Schwierigkeiten einer derartigen, mehr abwägenden und vergleichenden, als referirenden Arbeit verkannte er keinen Augenblick, und bittet daher um Nachsicht, wenn das Fehlen der Stimme des berufenen Meisters sich sollte über Gebühr fühlbar machen.

Ueber den Plan der Erörterungen ist zu sagen, dass mir obliegt, erst den verschiedenen Wegen zu folgen, auf denen man zu der Diagnose der Ovarialcysten gelangt, und sie nach ihrer Dignität abzuschätzen. Es werden die

*) Die Schilderung des veranlassenden Falles, der mir durch die Güte des Herrn Professor v. Nussbaum zur Beobachtung überlassen war, liegt im Anhange bei.

Punkte namhaft zu machen sein, wo eine ungenaue Beobachtung zu Fehlschlüssen verleitet. Um das besser ins Licht zu setzen, sei mir die kleine Abweichung vom Herkömmlichen gestattet, dass, anstatt der Diagnose der Ovarialtumoren die Differential-Diagnose der ähnlichen Zustände nachzuschicken, ich Schritt für Schritt das Ziel der Abwege mitberühre, die Differential-Diagnose gewissermassen einschalte. Ich hoffe, derart jede Etappe für sich zu absolviren, und, störende Wiederholungen vermeidend, die Thatsachen beherrscht von dem Einen diagnostischen Gedanken wiederzugeben. Zum Schluss werde ich die Zustände, welche zur Verwechslung mit Ovarialtumor geeignet sind, von einem praktischen Gesichtspunkte zu gruppiren versuchen.

Noch eine Bemerkung: Da leitender Gedanke die Schätzung des Materials gegenüber der Indicationsberechtigung für Ovariotomie, und die einer solchen vorzugsweise zugänglichen Ovarialcysten 95% (nach West) aller Ovarialtumoren ausmachen, so ist, wenn auch die Ausdrücke promiscue gebraucht werden, vorab an Cysten zu denken. Bösartige Neubildungen, insofern sie inoperabel sind, zählen wir zu den übrigen dieser Gattung, und weisen die gutartigen festen Ov. Tumoren an die Seite der Tumoren des Uterus, mit denen sie betreffs Prognose und Therapie die meiste Aehnlichkeit besitzen.

Einen besonderen Grund dafür zu suchen, wesshalb die Diagnose der Ovarialcysten so lange Zeit im Argen gelegen, ist müssig: es genügt der Hinweis, dass dieselbe zu grossem Theile mit der Diagnose der Unterleibstumoren zusammenfällt, welche von jeher zu den schwierigsten Aufgaben ärztlichen Erkennens gerechnet wurde. Also standen auch die alten Chirurgen »zitternd am Rand der ovariellen Gewässer«, welche noch durch keine physikalische Zeichenkunst erhellt waren, mit der wenig tröstlichen Aussicht, dass, wenn der Natur die seltene Heilung nicht gelang, die Autopsie doch nachträgliche Klarheit bringen werde.

Wie mühsam sich die Einsicht allgemach empor wand, wir können es hier nicht Schritt für Schritt verfolgen. Begnügen wir uns mit dem Hinweis, dass, namentlich seit der Erfindung der epochemachenden Radicaloperation im Jahre 1809 und ihrem Bekanntwerden in den 20er und 30er Jahren kaum ein bedeutender Chirurg oder Gynäkologe ist, der unterliess, an der Lösung dieser so hartnäckig der Bewältigung sich entziehenden Aufgabe mitzuarbeiten. Lebhaften Aufschwung nimmt die Sache indessen erst im Verlauf der grossen Fehde zwischen Ovariotomisten und ihren Gegnern. Voran leuchtet die eminente Beobachtungsgabe des energischen Spencer Wells, der für unsere Darlegungen die reichgiebigste Quelle geboten hat *) Doch wurde auch aus älteren und neueren Lehrbüchern und zerstreuten Notizen von West, Scanzoni, Simpson, von Schröder und den übrigen neueren deutschen Gynäkologen geschöpft. Ihre wiederholte namentliche Anführung an jeder betreffenden Stelle möge mir für die Regel erlassen bleiben.

Wir beginnen mit dem ersten und allgemeinsten, das den Ausgangspunkt für jede Diagnose bildet, d. h. wir betrachten, wie sich die Patientin dem Arzte präsentirt, den Erzählungen und **subjectiven Symptomen**, den Dingen mithin, die zumeist auch am längsten bekannt sind.

Da ist in einer grossen Anzahl von Fällen zu hören, dass die Patientin selber oder ein der Familie Angehöriges eines Tages zufällig das Bestehen einer Geschwulst an ihrem Abdomen wahrgenommen habe. Es besteht in der Beziehung ein wesentlicher Unterschied zwischen arbeitenden und wohlhabenden, zwischen gleichgiltigen und solchen Frauen, die auf ihre Leibesbeschaffenheit Aufmerksamkeit verwenden. Es ist nichts Seltenes, dass Frauen der ersteren Klasse eine Veränderung erst wahrnehmen, wenn die Geschwulst schon Mannskopfgrösse erreicht hat, oder dass sie überhaupt nur der durch den Druck des Tumors hervorgerufenen Folgezustände wegen ärztlichen Rath suchen.

*) Diseas. cf ov. — deutsch von P. Grenser 74.

Besonders spät kommen die Fälle zur Beurtheilung, wo Schwangerschaft vermuthet wird: meist erst nach scheinbar überlanger Dauer, bei ganz unentsprechendem Wachsthum, abnormer Lage. Selten fehlen Angaben über die weitere Entwicklung des Zustandes; denn da die wenigsten Patientinen sofort nach Wahrnehmung der Geschwulst Hilfe suchen, sind sie gewöhnlich im Stande, über Schnelligkeit und Richtung des Wachsthums zu berichten, wenigstens seit sich die Geschwulst unter ihrer Controlle befand; das ist oft eine recht beträchtliche Zeit. Langsames Zunehmen, besonders in der ersten Zeit charakterisirt notorisch die Eierstockscysten. — In rascherem Tempo oder mehr weniger acut entstandene Zustände erheischen unsere grösste Vorsicht: — entzündliche Exsudate, Extravasate. Nicht minder werth sind, wenn sie mit Sicherheit gemacht werden, Angaben über den Ort des ersten Gewahrwerdens des Tumors; so macht Sicheres über ein Wachsthum von oben nach unten einen guten Theil der Fälle zweifelhaft — Tumoren der Leber, Milz, Nieren.

Den Fällen, wo das Auftreten der Geschwulst Initialsymptom war, steht eine andere Gruppe entgegen, nach West mit gleichviel Procent, wo Druckerscheinungen die Eröffnung gebildet hatten, sei es in Gestalt von Schmerzen, Harn oder Stuhlverhaltung, oder von Oedem der unteren Extremitäten, Suppressio mensium, — lauter Zustände, die in den späteren Krankheitsperioden allgemein hinzutreten: als Anfangserscheinungen entsprechen sie der Reihe jener Tumoren, welche im kleinen Becken Symptome machen: entweder ehe sie in das grosse aufgestiegen sind — wegen abnormer Lage des Ovarium im Cav: Douglas. und frühzeitigen Drucks auf die Weichtheile, — oder: weil sie überhaupt an dem sonst nicht ausbleibenden Aufsteigen gehindert sind — wegen entzündlicher Verwachsungen. Die Fälle dieser Art gelangen freilich nach Simpson sehr selten so frühzeitig zur Beurtheilung des Arztes. Tritt der Fall ein, so bilden sie thatsächlich eine Klasse für sich, indem sie eine von den übrigen abweichende Dif-

ferentialdiagnose umfassen, wovon später. Denselben zuzurechnen sind auch die Tumoren, welche gar keine Symptome gemacht haben, und gelegentlich einer gynäkologischen Untersuchung entdeckt werden. Bei einem Rest von Fällen war Unregelmässigkeit in der Menstruation die erste Anomalität, ein Auftreten, das bei der Vieldeutigkeit dieses Symptoms am seltensten zu einer frühen Erhebung führt.

So wenig Kranke mit dergleichen frühen Symptomen zur Beobachtung gelangen, so viele entgehen ihr auch während des Stadiums der Latenz, welches denselben zu folgen pflegt, wo ausser dem leisen Umfänglicherwerden des Leibes höchstens zeitweilige lanzinirende Schmerzen das Bestehen des Uebels verrathen. Die Kranken bleiben oft genug in der besten Verfassung, bis zu den viel vorgeschrittenern Stadien, wo alsdann, scheinbar mit einem Male, die Sache beängstigende Gestalt annimmt.

Wie es nun mag angefangen haben: wenn die Patientinen endlich nach dem Arzt verlangen, pflegen ihre Schilderungen ein buntes Gemisch von Klagen zu sein; allein dieselben sind meist zurückzuführen auf Druckshemmungen in den Functionen der Bauch- und Brusteingeweide. — Je nachdem stehen zeitlich im Vordergrunde: hartnäckige Obstippation, Kolikschmerzen,: Dyspepsie, Magenerbrechen; später selbst Kotherbrechen (Folge des Peritonealreizes); Dysurie (durch Druck auf die Ureteren); Tenesmus der Blase; Oedeme, variable oder bleibende; auch Gallenstauung; mit fortschreitender Krankheit dann namentlich Dyspnoe, stetig ansteigend, damit verbunden nervöse Spannung und psychische Beängstigung; — dagegen keine Uterinkoliken: scheinen durch äusseren Druck nicht sowohl ausgelöst zu werden, als durch Reiz auf Parenchym und Innenfläche des Uterus: — Fibrome etc.

Zu den den gewöhnlichen Verlauf characterisirenden Symptomen treten noch Zeichen von Complicationen, als: Fieber — stellt sich häufig einigemale während des Verlaufs ein, entsprechend den umschriebenen Entzündungen, durch welche die selten ganz fehlenden Verwachsungen ge-

liefert werden; Schmerzparoxysmen, bei besonderer individueller Empfindlichkeit, oder, vermuthlich, jähem Druck auf nervenreiche Gebilde.

Später sieht man diese Symptome culminiren in dem höchst qualvollen mitleiderregenden Zustand, wie ihn die extremen Fälle bieten, wo die Frauen mit enormem Leibe daliegen, mit angstvoll verzerrten Zügen — der schlimmen facies ovariana — dem sichern Tod entgegenstarrend, der nicht verfehlt, zwar nach langem Zögern sein Erlöseramt auszuüben, wofern nicht ärztliche Kunst oder Ruptur mit glücklichem Verlauf, bez. die äusserst seltene Selbstentleerung nach vorheriger Anlöthung, eine Wendung herbeiführen.

Es genügt, sich vorzustellen, man müsse aus diesen vagen Symptomen das Leiden der Kranken beurtheilen, um sich zu vergegenwärtigen, wie trostlos vordem der Stand der Diagnose war. Denn sie enthalten, wie unschwer nachzuweisen, kein einziges spezifisches Kennzeichen für Eierstockscysten, kommen im Gegentheil alle oder einzeln bei den verschiedensten Unterleibstumoren zur Beobachtung.

Anderwärts nach Handhaben suchend, gab man sich einige Zeit der Hoffnung hin, im Zustande der **Katamenialthätigkeit** das mangelnde Pathognostikon zu finden. Leider hat die Erfahrung diess durchaus nicht bewahrheitet, indem nach Schröders Statistik in mehr als der Hälfte einer grossen Anzahl durch spätere Operation oder Autopsie als sichere Ovarialtumoren constatirter Fälle während der Krankheit complett regelmässige Menstruation gewesen war, ganz im Einklange mit der häufig genug beobachteten Thatsache, dass Frauen während Bestehen des Ovarialleidens concipirten, auch wiederholte, zum Theil regelmässig verlaufende Schwangerschaften überstanden. In der That, wenn Scanzoni unter 99 Sectionen von Ovarialerkrankten mehr als 40 mal das eine Ovarium gesund fand, so ist nicht abzusehen, wesshalb nicht regelmässige Ovulation sollte stattgefunden haben.

Werthvoller, aber im negativen Sinn, als nahezu stricter Beweis gegen Ovarialleiden ist das Symptom profuser

Menorrhoe — weist immer auf die Uteruswandungen als Sitz des Leidens. Wir sehen, das Verhalten der Menses wird zwar sorgfältig zu eruiren sein, ein Verlangen, dem jeder Praktiker entspricht, der gewohnt ist, nach alter Sitte bei den widersprechendsten Affectionen des Weibes sich daselbst Rathes zu erholen, dass aber das Ergebniss unser Wissen nur in bescheidenem Grade fördert.

Weiter schien es wünschenswerth, aus der **Aetiologie** Anhaltspunkte zu gewinnen: damit sieht es am dürftigsten aus. Wir wissen zwar, dass das eine Mal ein im Bauchfellraum zurückgebliebenes Ei, ein andermal die ausbleibende Regression eines Graaf'schen Follikels, häufiger cystische Erweiterung eines ungeborstenen Follikels den Ausgangspunkt bilden, dass in einer anderen Reihe von Fällen fötale Drüsenschläuche des Ovariums, nachdem sie bis zur Geschlechtsreife in ihrer Grösse verharrten, auf den Reiz der menstrualen Hyperämieen zu wachsen beginnen, um „den Typus des embryonalen Wachsthums bis ins Ungeheuerliche zu wiederholen" (Sp. Wells), Entstehungsart der wuchernden multipeln Cystome; es ist bekannt im Fernern, dass die Dermoidcysten Abweichungen vom normalen Verlauf der Keimblattstülpungen ihr Dasein verdanken, — aber veranlassende Momente auf die wir fahnden müssten, sind uns für keine der verschiedenen Formen bekannt; es fehlt mithin eine Andeutung, wo wir die Folgen zu erwarten hätten. Was beispielsweise aus den persönlichen Verhältnissen zu entnehmen sei, drückt in ziemlich drastischer Weise das Wort West's aus: Von der Jugend und vom Alter, von Unverheiratheten und von Verheiratheten, von der Unfruchtbaren und von der Mutter vieler Kinder, von der Robusten und von Derjenigen, deren Uterinfunctionen nur mit Schmerzen und Beschwerden von Statten gingen, hat man sämmtlich der Reihe nach behauptet, dass sie besonders zu dem Vorkommen der Ovarienkrankheiten geneigt seien." In Einer Beziehung ist aber eine gewisse Einschränkung unverkennbar: — im Alter; indem, mit Ausschluss der Dermoidcysten, welche auch bei Kindern getroffen werden, die Ovarialgeschwülste

nur in die Zeit der Geschlechtsthätigkeit fallen. Von Ueberfünfzigjährigen finde ich nur 5% notirt, und die grösste Menge fällt vor das vierzigste Jahr, — im auffallenden Gegensatz zu den die Involutionsjahre heimsuchenden Anfängen der Carcinomerkrankung. Der Umstand, dass, entgegen dem gewöhnlichen Procentsatz von 4,7., welchen West für die Sterilität der verheiratheten Frauen ausgerechnet hat, auf hundert verheirathete mit Ovarialtumor Behaftete 34 Sterile fallen, ist lediglich als Analogon zum Verhalten der Menstruation zu betrachten. Registriren wir noch die Notiz Scanzonis, dass ihm auffallend war, recht häufig Frauen, welche früher chlorotisch waren, an Eierstockscysten erkranken zu sehen — in welchem Verhältniss ist nicht angegeben: beide Zustände lassen sich zwar auch als die Folgen einer dritten verborgenen Ursache denken; so ist z. B. interessant, dass nach Sp. Wells die Mehrzahl der Dermoidcysten blonde Frauen betrafen, die bekanntlich auch das Gros der Chlorotischen bilden.

Nach Allem ist höchstens so viel wahrscheinlich, dass normale oder perverse, Geschlechtsimpulse auf die Entwicklung der Cysten von Einfluss sind.

Wie wenig für die exacten Bedürfnisse der Diagnose damit gewonnen ist, bedarf keiner Beweisführung. Zu dem, von dem allein gehofft werden konnte, dass es deren strengen Anforderungen Genüge zu leisten im Stande sei, werden wir nach der bisherigen fruchtlosen Umschau nach Pathognosticis jetzt gelangen müssen: wir wollen uns mit der Arbeit bekannt machen, die unser wartet. Wie der Ingenieur, der eine Mine zu bohren hat, sich nicht mit Hörensagen über die Oertlichkeit begnügt, sondern selber hingeht, die Flächen und Profile vermisst, und die Schichten durchforscht, um seinen Ausbeutungsplan darauf zu basiren, so müssen wir mit unseren Sinnen in den pathologischen Zustand zu dringen, und, was den Augen verschlossen ist, mit dem Apparat der **physikalischen Untersuchung**, wie sie der Scharfsinn der Forscher aufgestellt hat, aufdecken, und combiniren, um Diagnose und Heilplan zu ermöglichen. Nur auf diesem mühsamen Wege gelangen wir zu dem

Grade von Sicherheit, welche Leib und Leben der Kranken erheischen. Wir betrachten ihn, die Reihenfolge innehaltend, welche, der Logik bester Anwendbarkeit gemäss, die Erfahrung statuirt hat.

Unnöthig zu sagen, dass die Entwicklungsstufe, auf welcher der ovarielle Tumor vermuthet wird, Einfluss hat auf die Wahl des Ortes, an dem die Untersuchung begonnen wird. — Hier gehen wir aber von der Regel, also der Diagnose der grossen ausgebildeten Tumoren aus. Die kleinen werden an ihrer Stelle zur Würdigung gelangen.

Einem Gebote Rechnung tragend, das für alle länger dauernden Untersuchungen gilt, und im Interesse des Arztes wie der zu Untersuchenden liegt, verschonen wir die Kranke mit anstrengenden vorbereitenden Anstalten, wie Lagerung u. dgl. bis es der Zeitpunkt erfordert, und erwähnen sie daher erst an dem betreffenden Abschnitt. Nur Eine Sicherheitsmassregel ist ohne Unterschied vorauszuschicken: die Entleerung der Blase und, womöglich, des Darmes, letzteres um gegen Täuschungen, die von Seiten der Faecalanhäufungen drohen, geschützt zu sein; ersteres von besonderer Wichtigkeit, nachdem es thatsächlich vorgekommen ist, dass eine hyperextendirte Blase mit Cyste verwechselt wurde. Man hat dabei in Erinnerung zu behalten, dass die einfache Einführung des Catheters zur Entleerung nicht genügt, falls durch Ueberspannung der m. detrusor gelähmt ist, und dass die Nachhilfe der drückenden Hand erforderlich ist.

Daraufhin kann die Untersuchung beginnen. Den Anfang macht die **Inspection**. Zu dem Behufe sind Brust und Abdomen zu entblössen, so dass wir die ganze Umgebung des Tumors und namentlich auch das Verhalten der Athmung studiren können. Man sieht: Auftreibung des Unterleibes, bald weniger ausgeprägt, bald hochgradigen Characters; die, häufig ödematöse, gewöhnlich fettarme Haut bietet Symptome von Spannung; einzelne Striae — doch nicht so zahlreich wie bei Graviditas. Lineae albicantes durch Lymphstauung scharf markirt; verbreitete

Venenausdehnungen, entsprechend dem gehinderten Rückflusse nach den gedrückten ven. iliac. Der Nabel ist nicht vorgetrieben — wie bei Ascites. Die Oberfläche ist rund, nicht flach — Ascites. Die stärkste Wölbung ist in der Regel central; ausgesprochen seitliche Lagerung wird gerne in frühen Stadien getroffen — Schwangerschaftstumoren zeigen es erst bei hoher Entwicklung. In den vorgeschrittenen Fällen nimmt auch ein Theil der Brustwand an der Ausdehnung Theil. Die Athmung hat einen dyspnoetischen Charakter; der Tumor bewegt sich nur bei tiefen Inspirationsbewegungen etwas — entgegen den Lebertumoren, welche jeder Bewegung des Zwerchfells folgen; in schweren Fällen bewegen sich die unteren Rippen nicht mehr bez. unmerklich; bei Contractionen der mm. recti sieht man dieselben sich über dem Tumor bauschen, was sie über den unten fixirten Uterustumoren nicht können. (Sp. Wells). Die Brüste sind häufig geschwellt und die Warzen pigmentirt; es ist zuweilen möglich, Colostrum auszudrücken — aber niemals ist der doppelte Warzenhof und die einmündenden Drüsenkanalchen der Schwangern sichtbar. Man thut wohl, sich zum Schlusse dieses Untersuchungsabschnittes, nach welchem die Brust wieder verhüllt wird, über den Zustand der Brusteingeweide zu orientiren, um sich zu vergewissern, ob keine destructiven Prozesse vorhanden sind, sowohl wegen der Prognose einer eventuellen Operation, als hinsichtlich der Differential-Diagnose gegen Hydrops ex tuberculosi. Von der Mensuration ist nur Ein Verhältniss anzuführen, kein unwichtiges zwar; nach Sp. Wells pflegt die Entfernung Nabel-Schamfuge bei Ovarialtumor eine relativ geringere Vergrösserung zu erleiden, als bei den im Becken fixirten Tumoren des Uterus.

Soll nun zur **Palpation** geschritten werden, so ist vorher horizontale Lagerung anzuordnen, um Irreführungen durch freie Flüssigkeit im Bauchfellsack auszuweichen. Erste Aufgabe ist, die Resultate der Inspection zu controlliren, die Umrisse des Tumors zu suchen, soweit er umschreibbar ist.

In vielen Fällen gelingt es, sich zu überzeugen, dass der Tumor die Form eines Ei hat, dessen Spitze in vorgeschrittenen Fällen unter den konisch umgestalteten Thorax hinaufragt; tritt beim Abgreifen des Umfangs irgendwo eine deutliche Grenze hervor, so ist auf deren Beschaffenheit genau Obacht zu geben; jede scharfe Grenze muss Misstrauen erwecken, besonders aber, wenn sie rechts liegt, und mit Einkerbungen versehen ist — Milztumor. Dann ist der Nachweis zu liefern, ob die Hervortreibung an einem Orte eine absonderliche sei; derlei circumscripte Protuberanzen kommen bei Uterustumoren vor. Zoll für Zoll übertastend, wird man verschiedenwerthige Unebenheiten finden; bei Cysten hat man zuweilen das Gefühl, als ob man Kugeln in einem umschliessenden Sacke griffe (Simpson); anderwärts trifft man auf Vorsprünge, welche dem Abgehen der Wände secundärer Cysten entsprechen; Rauhigkeiten, als Zeichen im Zuge befindlicher Verwachsungen; und Stränge, welche als Darm imponiren, zu deren Deutung indessen die Nachhilfe akustischer Methoden nothwendig ist. Auch Furchungen sind wahrzunehmen; häufig entsprechen sie nur Einziehungen der Cysten, eine Folge fibröser Strangbildungen; um den Thatbestand zweier getrennter Cysten zu beweisen, also der Affection beider Ovarien — an Einem Ovarium stehen sie stets in einem Verhältniss der Unterordnung zu einander — muss Darm in der Furche liegen, wovon später. Einen Gegenstand voller Aufmerksamkeit bildet die Prüfung der Resistenz des Tumors; in dieser Beziehung sind merkwürdige Divergenzen bekannt: das einemal kann der, gewöhnlich prall elastische Widerstand der Cyste eine solche Härte gewinnen, dass er einen soliden Tumor vortäuscht, während ein anderes Mal ein solider Tumor, der mit Flüssigkeit imbibirt ist, die Kennzeichen elastischer Spannung trägt. Man versuche, das ungefähre Verhältniss zwischen Flüssigkeit und festen Theilen zu eruiren: Cystosrakome des Uterus zeichnen sich durch ein Plus fester Theile aus — die spärlicheren der Ovarialcysten pflegen nach der Beckengegend zu angetroffen zu werden. Besondere Sorgfalt ist

dem Studium der Fluctuationserscheinungen zu widmen, zu welchem Behuf die Kranke mehrfachem Lagerungswechsel unterzogen wird: — Mittel zur Erkenntniss des Ascites.

Man soll nicht versäumen, auch etwas kräftig in die Tiefe zu palpiren, beobachtend, ob dieses etwa für die Patientin in besonderem Masse schmerzhaft ist — die Carcinome. Man versuche, ob der Tumor etwa in toto verschieblich ist — Reposition einer Nierencyste in die linke Seite. Es soll gelingen, die Hand zwischen Tumor und Symphyse in die Tiefe vorzuschieben — entgegen bekannten Verhältnissen zu einer Zeit der Schwangerschaft.

Wir kommen jetzt zu den akustischen Methoden. Zuerst beschäftigt uns die **Percussion**. Man versichert sich wieder der Flachlage der Patientin, und ist sich bewusst, in zwiefacher Weise percutiren zu wollen: für die Tiefe und für die Oberfläche. Durch die kräftige Tiefenpercussion erhält man die Umrisse des Tumors, als weitere willkommne Controlle. Es treten, entsprechend dem Generalunterschied: Cyste — freie Flüssigkeit, die beiden Haupttypen hervor: Mitte gedämpft, Umkreis hell — Mitte hell, Umkreis gedämpft. Die Probe in verschiedenen Körperlagen gibt das Spiel des Niveauwechsels freier Flüssigkeit. Durch hellen Ton, nicht nur über der Mitte, wird nicht minder die Tympanitis des Darms und Physometra ausgeschieden; zwar darf nicht vergessen werden, dass zuweilen Luft in einer Cyste sich aufhält, allein es ist kein Fall erwähnt, wo sie sich daselbst entwickelt hätte; sie war immer durch eine Punctionsöffnung hineingekommen; dass man darüber unterrichtet sein muss, ist zuvorverstanden.

Durch das Mittel der oberflächlichen Percussion ist der Untersuchende im Stande, die Vorlage von Darmschlingen und deren Verlauf festzustellen. Zu dem Ende ist Simon's Röhre construirt worden, welche durch das Rectum soweit als möglich hinaufgeschoben wird, um zu erlauben, den Darm durch Aufblasen tympanitisch zu machen. Ausser doppelseitigem Ovarialtumor wird namentlich einer der

schwierigsten Concurrenzfälle durch die eigenartige Vorlage des Darms erkannt — Hydronephrose. Anlässlich der Percussion ist es bekanntlich auch, dass sich das Hydatidenschwirren geltend macht — in Fällen, wo, auch des Wachsthums wegen, Verdacht auf Echinococcus besteht, wird also darauf zu achten sein, obschon dessen Werth als Characteristicum gegen Ovarialcyste bestritten ist.

Durch die **Auscultation** ist der Natur der in Betracht kommenden Affectionen nach nicht viel zu erschliessen. Man wird nicht unterlassen, bei geringstem Verdacht auf Graviditas die Suche nach foetalen Herztönen anzustellen. Diagnostisch wichtig ist ausserdem ein Gefässgeräusch, das mit dem placentaren grosse Aehnlichkeit besitzt, und über Ovarialcysten nie — dagegen häufig über Uterusfibroiden gehört wird. Eventuelle Darmgeräusche sind geeignet, die auf anderem Wege gewonnene Einsicht wirksam zu bestätigen, bezw. bei deren Versagen an die Stelle zu treten.

Wir verlassen nun das Gebiet der äusseren Handgriffe und gehen zur Betrachtung der inneren Untersuchung über. Die **innere** oder **eigentliche gynäkologische Untersuchung** wird in neuester Zeit im Einklang mit der in der ganzen Wissenschaft herrschenden Tendenz, die inneren Oberflächen sinnlicher Wahrnehmung zugänglich zu machen, so lebhaft geübt, dass Vorschläge dafür und Erfahrungen darüber bereits eine ganze Literatur bilden. Man darf erwarten, dass aus den zahlreichen Verbesserungen eines Simon, Cohnheim, Spiegelberg, Hegar u. A. dem Gegenstand unserer Betrachtung kein unansehnliches Stück zu Gute komme; ohne mich nun anmassen zu wollen, eine Kritik derselben zu liefern, beschränke ich mich hervorzuheben, was in der Beziehung klar zu Tage liegt.

Da die Exploration in einzelnen Abschnitten schmerzhaft werden kann, so empfiehlt es sich, die Mittel bereit zu halten, um die Patientin zu chloroformiren. Dieser Act hat ausserdem eine gewisse diagnostische Bedeutung,

welche hier Platz finden mag: er bringt eine Gruppe praetendirter Tumoren zum Verschwinden — die Phantomtumoren Hysterischer.

Die Inspection der äusseren Genitalien gibt wenig aus; man achtet allenfalls auf die Farbe — ist bei Ovarialcysten niemals weinhefenartig; auf eventuellen Ausfluss — Blut, Krebsmilch bei den verschiedenen Uterusleiden.

Die Exploration beginnt mit gewöhnlichem Touchiren. Man achtet auf die Beschaffenheit der Scheidenschleimhaut, die Länge der Scheide — verlängerter Scheidenkanal durch Hinaufzerrung des Gewölbes ist bei Ovarialtumoren häufig — entgegen den Tumoren des Uterus. Unter der vorderen Scheidenwand hinstreichend, wird der Untersuchende sich zugleich wohl hüten, einen ballotirenden Kopf seiner Beachtung entgehen zu lassen. Untersuchung der Portio vaginalis: Der äussere Muttermund ist bei Ovarialtumoren in der Regel geschlossen — dagegen bei Uterusfibroiden häufig, bei intrauterinen Tumoren zumeist geöffnet. Dafür finden sich bei Ovarialtumoren die Muttermundslippen in Folge des Zuges in die Höhe verdünnt.

Es besteht nun die Aufgabe, über Grösse und Lageverhältniss von Uterus und Ovarien einerseits, und des Tumors anderseits sich Einblick zu verschaffen. Hiebei begegnen wir zum erstenmale jenen Tumoren von kleinem Umfang, die nicht aus dem Becken aufgestiegen sind: da sie keine Abdominalgeschwulst vorstellen, konnten sie noch nicht Gegenstand der Untersuchung sein. — Wir gehen nach den bewährten Vorschriften der combinirten Methode: Schulter und Kniee der Exploranda werden erhoben, und, während von der dadurch entspannten Bauchwand her die Weichtheile entgegen gedrückt werden, gehen unsere zwei Finger in der Scheide in die Höhe, um zunächst einmal das suspecte Organ direct zu befragen. Unterhalb des Beckeneingangs zu beiden Seiten des Uterus sucht man die Ovarien an ihrer normalen Stelle, wie sie in die hintere Falte des Ligamentum latum eingebettet sind; sind sie auf diesem Wege nicht zu entdecken, so sucht man durch das Rectum, ob sie etwa, wie es zuweilen

vorkommt, in das Cavum Douglasii dislocirt sind. Sind sie beide agnoscirt, gleichviel, ob sie normal gross oder leicht, bis zum Doppelten vergrössert seien — ein zuweilen durch stationär gewordene Abscesse hervorgerufener Befund —, ob sie sich unempfindlich oder empfindlich zeigen, so ist die Diagnose gemacht, wenigstens eine negative. — Die nächste Möglichkeit ist nun diese: man erkennt deutlich, dass an der Stelle des Ovariums der wohl zu umgreifende Tumor sitze, identisch mit dem cystös entarteten Organ sei. Um das zu erhärten, ist namentlich sein Verhalten zu den Nachbartheilen zu verfolgen: dem seitlich und nach hinten gelegenen Tumor muss der Uterus nach der entgegengesetzten Seite und vorn ausgewichen sein, in seiner Beweglichkeit beeinträchtigt, oder, wenn er in seiner Lage geblieben ist, so bestätigt sich seine Unabhängigkeit von dem hinter dem Cervix als Hervortreibung erkenntlichen Tumor daran, dass die Bewegung des einen dem anderen sich nicht mittheilt, eine Probe zu der mit Vortheil die Uterussonde in Verwendung kommt. In einem solchen Falle ist also eine positive Diagnose gemacht, — es gilt für die Ovarialtumoren niedrigsten Grades.

Betrachten wir nun die Fälle, wo Ein Ovarium oder beide nicht zu erreichen sind. Es braucht desshalb keines zu dem Tumor in Beziehung zu stehen; die Unzugänglichkeit kann eine Folge von Zerrung nach Oben, oder durch die Pressung der Theile, oder endlich durch Ablagerung von Exsudaten, durch Verwachsungen bedingt sein. Man sieht sich wieder auf den indirecten Weg verwiesen. (Nach ähnlichen Grundsätzen verfährt der Untersuchende, wenn es ihm am Funde des Normalseins der Ovarien nicht genügt.) Die nächsten Anhaltspunkte bietet der Uterus. Man geht durchs Rectum ein, und sucht ihn sammt Anhängen rings zu umtasten, um zu erfahren, ob er nicht irgendwo mit dem Tumor zusammenhänge — wie die diversen Uterustumoren. Ist der Zusammenhang verborgen, so dürften ihn wiederum Bewegungsversuche mit der Uterussonde verrathen. Ein andermal ist der Tumor verschieblich, lässt sich als Fundus eines retro-

vertirten Uterus entlarven und reponiren. Mit der Hand in den Uterus einzugehen, dazu wird selten Veranlassung sein — die gegen Ovarialcysten sprechende Verlängerung der Uterinhöhle kann schon durch die Sonde constatirt werden.

Sehen wir jetzt noch die Winke, welche die Befühlung des Tumors selber liefert. Da ist einmal auf die Art der Ausbreitung, auf die Abgrenzung in der Nachbarschaft und allfällige Beweglichkeit zu achten. Durch diese Mittel werden Beckenabscesse und Exsudate erkannt: im Gegensatz zu den Cysten, welche den grössten Durchmesser von oben nach unten haben, mit scharfen Grenzen versehen sind, und eine leichte Beweglichkeit besitzen — verlaufen jene mehr von Seite zu Seite, sind fixirt, und verlieren sich allmählig im Gewebe der Beckenwände. — Anhaltspunkte der Oberfläche: — Höckrige Beschaffenheit deutet auf Fibroide des Uterus; der Resistenz: elastische Prallheit der Cysten, doch kaum Fluctuation wegen der hohen Spannung — dem entgegen die Härte der Knochengeschwülste und anderer Pseudoplasmen; anderseits Weichheit, dass der Fingereindruck zurückbleibt — Faecalanhäufungen. Endlich ist zu beachten, ob der Druck des Fingers der Patientin Schmerzäusserungen entlockt — Cellulitis, Abscesse.

Noch eine Möglichkeit ist vorhanden, die darin besteht, dass bei der inneren Untersuchung kein Tumor gefunden wird: ein Vorkommen, entsprechend dem Zeitpunkt, wo der Tumor ins grosse Becken aufgestiegen ist. Der Uterus ist entweder noch da, oder er ist mit in die Höhe gezogen worden, so zwar, dass höchstens noch das Orificium externum erreichbar ist — entweder über der Schamfuge, entsprechend der Lage des Tumors nach hinten, oder über dem Promontorium, entsprechend der Lage des Tumors nach vorn.

Wir sind zu Ende mit der inneren Untersuchung. Es erübrigen die vervollständigenden Beobachtungen über Puls und Temperatur, die Untersuchung von Se- und Excreten, so Prüfung des Urins auf Eiweiss — ist bei Ova-

rialcysten häufig vorhanden; Suche von characteristischen Formbestandtheilen im Urin — Krebszellen, bei Nierencarcinomen; Blutprobe; — bei Verdacht auf Milztumor.

Auf dem Punkte, wo wir angekommen sind, dürfte es meist gelingen, eine befriedigende Diagnose zu machen. Trotzdem sind unsre Waffen noch nicht aufgebraucht. Wir haben noch eine in Reserve, welche in die schwierigsten Fälle von einer ganz anderen Seite Licht wirft. Bisher war immer nur von der Aussenseite des Tumors die Rede; es musste der Gedanke entstehen, ob sein Inneres nicht direct zu befragen sei, und, so lange das Hineinsehen unmöglich, ob es nicht glücke, sich wenigstens eine Probe des Inhalts zu Gesicht zu bringen — ein Begehren dem in der That durch die **Exploration** auf geeignetste Weise entsprochen wird.

Gesetzt, erstens, es hätte das Studium des Inhalts der verschiedenen in Frage kommenden Gebilde dargethan, dass deren jedes etwas Besonderes, ihm allein Angehöriges führe, einen es characterisirenden Körper, oder eine Combination solcher; zweitens, der Forderung, dass die Prozedur ohne Schaden für die Patientin ablaufe, wäre nicht weniger prompt zu genügen — man befände sich im Besitz eines untrüglichen Pathognostikon, recht einladend, die mühseligen Handgriffe sich zu ersparen. Es ist dem nicht so, da wesentlich die erste Voraussetzung nicht zutrifft, bis jetzt wenigstens; dafür ist man dem zweiten Verlangen in um so ausreichenderem Masse gerecht geworden, so dass es getadelt werden müsste, wenn jemand bei irgend welcher Zweifelhaftigkeit die Anwendung des Mittels unterliesse, da die kleine Operation, wenn mit Vorsicht ausgeübt, eine durchaus unschuldige genannt werden muss.

Die Exploration ist nach verschiedener Vorschrift ausgeführt worden. Einige haben die Lanzette vorgezogen, weil dieselbe erlaube, schichtenweise einzudringen. Nach dieser Methode träfe man zuerst den Bauchhöhlensack, könnte constatiren, ob er Flüssigkeit enthalte, und schaffte sich die Möglichkeit, den Einstich in die Cyste

von der Hautwunde wegzuverlegen, als Vorkehrung gegen den Zutritt von Luft. Aehnlich bezweckte man, bei dem Verfahren der Explorativincision die Cystenwand dem Auge zugänglich zu machen — nachdem bekannt geworden war, dass die gefürchteten Fibrocystoide des Uterus, ein eigenthümliches perlgraues Ansehen bieten. Andere punctirten in gewöhnlicher Weise mit dem Troikar und hofften, ein beliebiges Quantum in Abfluss zu bekommen. Als vorzüglichste Methode, als die höchste Wahrscheinlichkeit gewährend, dass die gewünschte, für die Untersuchung genügende Menge mit Sicherheit erhalten werde, während der Eingriff selber der ungefährlichste ist, hat sich die Ansaugung durch eine Spritze erwiesen. Es war Walker, der als erster eine gewöhnliche hypodermatische Spritze dazu verwendete. Später wurde die grössere Wood'sche Aspirationsspritze construirt, deren Leistungen dem Zweck exquisit entsprechen. Cautelen gegen Sepsis sind selbstverständlich. Ein negatives Resultat ist hiebei am wenigsten zu befürchten, da auch die zähern Colloide nach dem in der Spritze entstehenden leeren Raum entweichen. — Feste Tumoren, die auf anderem Wege noch nicht ausgeschlossen sind, werden desshalb auf diese Weise um so sicherer erkannt.

An die zu Tage geförderte Probe haben wir allerhand Fragen zu richten. Vornehmlich dürfte es willkommen sein, wenn es gelänge, zur sicheren Unterscheidung zu bringen, ob sie aus einem Epithelraum oder einem Endothelraum stamme, indem im Lichte dieser Gegensätze wir rasch orientirt wären, ob Cyste oder etwas Anderes vorliegt. Fataler Weise sind aber hier schon die Grenzen der absoluten Verlässigkeit des Verfahrens gezogen, weil die Cysten immer auch Transsudatflüssigkeit enthalten. Ferner sind die verschiedenen Epithelialgebilde nach Sp. Wells nicht durchweg — von specifischer Flüssigkeit begleitet. Trotzdem werden wir die beiden Gruppen im Auge behalten.

Die Untersuchung der Probe zerfällt in einen physikalisch-chemischer und einen mikroskopischen Theil.

Was zunächst die Farbe betrifft, so ist sie sehr mannigfaltig — vom hellen Weingelb der Hydropiden zu dem Gelbgrün der alten Cysten, dem Braunroth der Colloide, dem Chocoladebraun alter Extravasate. Das specifische Gewicht zeigt merkliche Verschiedenheiten. Am niedrigsten mit 1004—9 steht der Inhalt der Cysten des lig. latum, und des Hydrops folliculi; 1010—15 steht die ascitische Flüssigkeit. — Hohe Befunde, 1018—24 zeichnen dagegen die eigentlichen Cysten aus.

Hinsichtlich der Consistenz stehen klarem Fluidum zähgallertige und breiige Massen gegenüber. Hier ist erwähnenswerth, dass wenn einerseits wässriges Verhalten für Transsudat spricht, doch nicht zu vergessen ist, dass der Cysteninhalt Metamorphosen eingeht, die eine Aenderung des Aggregatszustandes zur Folge haben, daher die ältesten Cysten den flüssigsten Inhalt haben.

Bedeutungsvoll ist, ob und wie sich Gerinnungen bilden. Durch sofortige Gerinnung zeichnet sich eine Probe aus, bestehend aus Serum, welches mit einigem Blutzusatz (fibrogener Substanz) versehen ist — eine Flüssigkeit, welche als Durchtränkung der Fibrocystoide des Uterus auftritt. Spontan bilden ferner ein gallertiges Gerinsel, allein erst nach 24stündigem Stehen: die Transsudate des eigentlichen Ascites — das Exsudat der chronischen Peritonitis nähert sich in seinem Verhalten mehr der Cystenflüssigkeit: diese characterisirt sich durch Abwesenheit von spontanem Gerinnungsvermögen.

Wenn wir nun untersuchen, wie es sich mit den Gerinnungen bei höherer Temperatur verhält, so treten wir dadurch in das Gebiet der chemischen Untersuchung ein, deren erste Aufgabe, die Prüfung auf Eiweiss wir damit berührt haben. Die Menge desselben ist ein werthvolles Zeichen. Kein Eiweiss, höchstens Spuren führen: Hydatidensäcke, Cysten des Ligamentum latum, Hydrops folliculi; etwas Eiweiss führt die ascitische Flüssigkeit; durch starken Eiweissgehalt zeichnen sich dagegen die ächten Cysten aus.

Beachtenswerth sind auch die modificirten Eiweiss-

körper, als Produkt der regressiven Metamorphose, welche (unter der unzureichenden Ernährung) den Inhalt der Säcke befällt, wie das durch Kochen nicht mehr zur Coagulation zu bringende Paralbumin, und das auch durch Säuren nicht mehr fällbare, aber in heissem Wasser lösliche Metalbumin, bis zu dem leicht in Wasser löslichen Albuminpepton. Es galt einige Zeit dafür, dass dieselben als sichere Anzeiger für das Vorhandensein von Ovarialcysten angesehen werden dürften, namentlich gegenüber Ascites. Da sie auch bei Hydronephrose gefunden werden, so wird ihr Werth als Pathognostikon abgeschwächt; auch Beispiele für ihr Vorkommen in ascitischer Flüssigkeit sind bekannt.

Neben dem Eiweiss interessiren die durch Tannin nicht fällbaren schwefelfreien Mucinkörper. Sie befinden sich in einer ähnlichen Metamorphose wie jenes begriffen. In sofern sie als nächstes Produkt der colloiden Zellentartung anzusehen sind, deutet ihr Vorherrschen über die Albuminkörper immer ein jüngeres Alter der Cysten an.

Als weitere Ziele der chemischen Untersuchung heben wir hervor: die Suche nach den Componenten des Harns — als Handhabe gegen Verwechslung mit Hydronephrose; zum Unglück verkleinert den Verlässlichkeitswerth dieses Zeichens der Umstand, dass die vorgerücktesten Fälle, welche am ehesten bei der Diagnose gegen Ovarialcyste in Concurrenz treten, von den genannten Stoffen häufig keine mehr enthalten. Endlich wird auch auf Traubenzucker geprüft, welcher Stoff seinerseits ein Gebilde durch reichliches Auftreten kennzeichnet — die Echinococcussäcke.

Auch bei der Erforschung der Probe auf morphologische Elemente ist es empfehlenswerth, auf Repräsentanten eines der beiden Haupttypen von Hohlräumen zu fahnden, Epithelien — Bindegewebszellen. Makroskopisch werden sich schon einige Formen bestimmen lassen, wie Blut, Eiter, und die Produkte der Dermoidcysten. Im Mikroskop zeichnet sich Cystenflüssigkeit durch Cylinderepithelien, erhaltene neben entarteten — Transsudate durch

amoeboide Zellen. Fett und Cholestearin kommen beiderseits vor. - - Fundobjecte von capitaler Bedeutung für bezügliche Krankheitsformen sind hinwieder — Krebszellen, Scoliceshaken.

Zum Schlusse dieses Abschnittes werde noch betont, dass, je verworrener das Ergebniss, je einladender also zu einer Controllprobe dasselbe erscheinen wird, wir um so weniger zögern werden, eine solche in Form einer wiederholten Punction anzustellen, als die Gefahrlosigkeit des Eingriffs verbürgt ist. Weiter gebietet es die Klugheit, nach ausgeführter Punction die wichtigsten Griffe der manuellen Untersuchung zu wiederholen, besonders der combinirten, da in Folge der Inhaltsverkleinerung Verhältnisse von Bedeutung zu Tage treten können, die bei der prallen Spannung übersehen wurden.

Mit dem Verfahren der Explorativpunction, dieser bedeutendsten, und ausserdem hinreichende Aussicht auf Erweiterung gewährenden Bereicherung unserer diagnostischen Rüstkammer sind wir nunmehr den sämmtlichen Fährten gefolgt, so dass es erlaubt sein wird, das Thema nach den uns gesteckten Grenzen für erschöpft zu halten und abzuschliessen mit den thatsächlichen Theile unserer Erörterungen. — Es erübrigt, zusammenzufassen, zu welchen Unterscheidungen derselbe den Arzt befähigt, zu statuiren, mit welchem Grade von Sicherheit dieselben getroffen werden, als Massstab ihrer Bedeutung für eine rationelle Therapie: und somit das eingangs gegebene Wort einzulösen.

Recapituliren wir zu dem Zwecke die einzelnen Etappen der diagnostischen Campagne, indem wir bei einer jeden namhaft machen, welche Zustände sie uns befähigt, auszuschliessen.

Durch die Anamnese sicher ausschliessbar sind eigentlich nur die acut entstandenen Zustände: Hämatome, und von Fieber begleiteten entzündlichen Ergüsse. — Zweifelhaft gemacht werden: die durch eine abweichende

Wachsthumstendenz sich auszeichnenden Tumoren der Leber, Milz, Nieren.

Durch vorbereitende Handlungen der Untersuchung (Catheterismus, Chloroform) werden ausgeschieden: hyperextendirte Blase, Phantomtumoren.

Von der äussern Untersuchung bringen zur Unterscheidung:

Die Inspection und Mensuration: vorzüglich den schwangern Zustand.

Die Untersuchung der Brusteingeweide, welcher allenfalls noch die Augenspiegelprobe folgen mag: tuberculösen Ascites.

Die Palpation: wegen eigenen Umrisses, eigenartige Contiguität: die Tumoren der Leber, Milz und Nieren; ihrer Oberfläche halber, doch nicht mit höchster Sicherheit: die Carcinome.

Die Percussion: vorab in ausgezeichneter Weise: Tympanitis des Darmes, Physometra. Vereint mit der Palpation: den freien Ascites. Ferner die durch den Verlauf von Darmschlingen zu ermittelnden Zustände: Hydronephrose, doppelseitigen Ovarialtumor.

Die Auscultation: wirkt zunächst als Ergänzung beziehentlich Ersatz der Vorhergehenden. Ferner in souveräner Weise: Schwangerschaften. — Anhang: Uterusfibroide.

Zur innern Untersuchung übergehend fanden wir im Verlauf der Präliminarexploration wiederum beste Anhaltspunkte für Schwangerschaft. — Ist der fragliche Tumor innen umgreifbar, so erlaubte seine Fortsetzung, sein Zusammenhang, ihn als dem Uterus,der weichen Beckenwand angehörig zu qualifiziren. Durch Betasten auszuscheiden waren: Faecalmassen, Knochengeschwülste (inclusive Scoliose), Aneurysmen, die Exsudate der Cellutitis. Dann bleibt die Palpation des Ovariums in dunkelsten Fällen letztes Mittel gegen Fehlschlüsse bei alten Hydronephrosensäcken, bei den noch nicht genannten Lippomen des Netzes.

Endlich lernten wir als treffliche in die Natur des Tu-

mors hineinführende Krönung der Diagnostik die Explorativpunction kennen, mittelst der einerseits Tumoren fester Consistenz, dann Cysten von verschiedener Abstammung sich abscheiden lassen; ferner: Formen von Hydrops saccatus, Echinoccocussäcke, Hydronephrose (theilweise); Räume von Blut, Eiter.

Ausserdem fanden wir in Nebenuntersuchungen, wie Temperaturbestimmung für entzündliche Zustände, Blutuntersuchung bei Milztumor, Stützpunkte für die Erwägung.

Alles in Allem ein Ergebniss, das kaum unbedeutend genannt werden dürfte. Wir sehen, dass jede der zahlreichen Krankheitsformen, die mit Ovarialcysten zur Differential-Diagnose gebracht werden können, im Verlauf der mannigfaltigen Aufnahmen deutliche Abweichungen aufweisen, zwar in verschiedener Anzahl, doch so, dass eine Häufung von Cardinalunterschieden im Allgemeinen proportional ist mit der Strenge der Forderung unbedingter Klarheit, mit der Gefahr, welche eine Verwechslung nach sich ziehen müsste, — als willkommene Stütze für gewissenhafte aber zielvolle Therapie.

In diesem Sinne wollen wir es versuchen, in einer Ordnung, die dem gedachten Princip entspricht, die Krankheitsformen noch einmal an unserem Auge vorübergehen zu lassen.

1. Gruppe. Verwechslung kann nur durch eine grobe Unbedachtsamkeit zu Stande kommen, da die Sicherheit der diagnostischen Wahrzeichen von erstem Range; falsche Therapie ist und war auch früher ein unverzeihliches Versehen.

Hyperextendirte Blase
Phantomtumoren
Tympanitis des Darmes
Physometra
Aneurysma
Schwangerschaft (allein)
Faecalmassen
Haematom
Uterusretroversus.

2. Gruppe. Verwechslungen waren früher an der Tagesordnung, und wurden entschuldigt, dürfen aber nach dem gegenwärtigen Stand der Diagnostik nicht mehr vorkommen; eine verkehrte Therapie wäre ebenso infaust wie bei 1.

Ascites
Beckenabscess
Muskelabscess
Milztumor
Cellulitis
Hematocele
Echinococcus (der Leber u. des Bauchfells)
Uterustumoren (palpable)
Hydronephrose } bei zugänglichen Ovarien.
Carcinome }

3. Gruppe. Ovarien eines oder beide verborgen, Unterscheidung ist die schwierigste bis an die Grenze der Möglichkeit. Dafür ist entweder die Therapie analog der der Ovarialcysten, wie bei

Fibrocystoiden des Uterus
dem Lippom des Netzes

oder die Patientin ist ohnehin für verloren anzusehen, eine Verwechslung würde also keinenfalls den ominösen Eindruck verursachen, wie bei Gruppe 1 und 2.

Die extremen Fälle von Carcinom und Hydronephrose.

Hiemit stehe ich am Schlusse meiner Ausführungen. Möchte es mir gelungen sein, durch Vorführung der gegenwärtig zur Verfügung stehenden Mittel zur Erkennung der Ovarialcysten in überzeugender Weise darzuthun, dass man zur Behauptung berechtigt sei, es besässen die auf Grund derselben getroffenen Unterscheidungen diejenige Stärke, welche die Wissenschaft verlangt, um eine darauf basirte Operation zu den legalen zu rechnen, dass also die eingangs gestellte Frage nach der Berechtigung der Ovariotomie heutigen Tages auch vom Standpunkt der Diagnostik bejahend zu beantworten sei.

Krankengeschichte.

Im Folgenden werde ich mich bemühen, den Fall, der zu diesen Blättern die Veranlassung bildete, in einigen Zügen anhangsweise zu entwickeln.

Ich bemerke, dass ein Theil der Daten, besonders aus der Zeit der ersten hiesigen Behandlung der Patientin, den mir freundlichst zur Disposition gestellten Krankenjournalen der Chirurg. Abtheil. des Krankenhauses München l. d. I. entstammen, wofür den betreffenden Herren hiemit der beste Dank gesagt sei.

Frau Sp., Josepha, 28 Jahr alt, Webersfrau, wohnhaft in Z. bei Lauingen, gebürtig aus Vorarlberg, ist eine Person von schlankem, aber ziemlich kräftigem Körperbau; Heredität ist nicht rein: von dem Vater her, der früh starb, scheint, wie bei ihren Geschwistern, deren Kinder meist jung umkamen (eines leidet an vit. cord. congenit.) Anwesenheit von Debilität in den Blutstätten, die zu destructiven Prozessen disponirt, abzustammen (Lues?) Zwar als Kind war sie gesund, aber, nachdem sie mit 14 Jahren ihre Heimath hatte verlassen müssen, um sich regelmässiger Fabrikarbeit zu unterziehen, machten sich bald allerlei Beschwerden geltend. Phlegmonen, Cariöse Affectionen der Knochen und Gelenke. Sie wurde erst mit 18 Jahren menstruirt, doch von da ziemlich regelmässig und ohne Beschwerden. Die Gelenkleiden recidivirten zuweilen; so nach längerem Aussetzen in ihrem 24. Lebensjahre A. 1871; da war es ein „wilder Rothlauf" am linken Unterschenkel, der mit besonderer Heftigkeit auftrat. Im Verlauf sah sich der behandelnde Arzt veranlasst, am cond. int. tib. eine Incision zu machen. Eiter soll nicht abgeflossen sein. Die Vernarbung wollte nicht von Statten gehen. Die Frau kam sehr von Kräften, vermochte aber nach einiger Zeit wieder ihrer Arbeit nachzugehen.

Unter diesen Leiden war eine Verschiebung der Menses eingetreten: dieselben waren im darauf folgenden Jahre ungenügend, später unregelmässig mit Intermissionen abwechselnd von 14 Tagen bis 6 Wochen. Dazu gesellte sich Leukorrhoe. — Damals wurde von einem Arzte die Diagnose Oophorites gestellt, mit welchem Recht, haben wir hier nicht zu untersuchen. Jedenfalls scheint sie dies nicht viel bekümmert zu haben, — zu Pfingsten 1873 trat sie frohen Muthes mit ihren jetzigen Mann in die Ehe. Ihr Zustand wurde vorläufig nicht im geringsten alterirt; die Ehe blieb steril, kein Abortus.

Im Frühjahr 1874 zum erstenmal nahm sie das Auftreten einer eiförmigen Geschwulst im linken Hypochondrium wahr. Dieselbe wuchs sehr langsam aber stetig, und bereitete ihr in der Folge solche Erschöpfung, dass sie zu Pfingsten 1875 Aufnahme im Krankenhause suchte. Sie gelangte nach München, mit der vom behandelnden Arzt gestellten Diagnose Ovarialtumor. In dem hierselbst am 27. Mai aufgenommenen Stat. praes. lesen wir, zunächst über die Extremitäten:

„am linken Arm befindet sich eine Narbe von früherer Caries, was beinahe eine vollständige Ankylose des Ellbogens hervorgerufen hat; ferner finden sich am linken Knie unterhalb des Lig. dat. verschiedene Fisteln, welche gegen den Knochen führen", — weiter: „ein Tumor in der regio hypogastrica, zeigt sich bei der Palpation ziemlich scharf begrenzt, so dass die rechte Seite vollkommen frei ist, mannsfaustgross, durchaus unverschiebbar; macht bei starkem Druck Schmerzen, ist bei der Untersuchung per vaginam nicht zu fühlen."

Umständlicheres über den ersten Befund als diese offiziellen Daten bin ich nicht im Stande anzugeben, da ich erst später zugezogen wurde: sie erscheinen ausreichend, um einen Ovarialtumor nahezu absolut auszuschliessen. Um über die Natur des quaestionirten Leidens Klarheit zu bekommen, ordnete Herr Professor von Nussbaum folgendes Verfahren an:

(Forts. des Journ.) »am 29. unter Narkose Explorativpunction, wodurch etwas Eiter entleert wird, daraufhin Incision und Entleerung einer beträchtlichen Menge Eiters aus den Bauchmuskeln. Auskratzung mit dem Esmarch'schen Löffel, zwei Drainagen, Lister'scher Verband: kalter mit den Bauchmuskeln communicirender Abcess.« —

Weiter: »bis zum 31. kein Eiter, Wunde sieht sehr schön aus.

1. VI. Verband heute stark durchnässt, hat einen eigenthümlichen Geruch; das, deutlich wie Galle aussehende, Secret zeigt entschiedene Gallenfarbstoffreaction; sonstiges Befinden sehr gut.

2. VI P. muss täglich zweimal verbunden werden, da das rein gallige Secret sehr massenhaft kommt. Leib nicht empfindlich. Leberdämpfung verkleinert.

4. VI. Wunde sehr schön; Galle fliesst noch reichlich ab.

8. VI. Nur einmaliger Verbandwechsel nöthig, da das, übrigens noch rein gallige Secret spärlicher wird.

12. VI. Verband kann 2 Tage liegen, keine Gallensecretion. mehr.

18. VI. Drainage noch 3 Centm. lang, subjective Euphorie.

26. VI. Wunde geheilt.

30. VI. Pat. als geheilt entlassen.« —

Die Frau suchte ihre Häuslichkeit auf, genoss sie aber nicht lange Zeit; denn schon am 13 VII finden wir sie wieder im Krankenhaus, wo sie erzählt:

K. J. d. dat. »in ihrer Heimat sei die Wunde an einer kleinen Stelle wieder aufgebrochen; ein Wurm — der Beschreibung nach Spulwurm — sei aus der Wunde gekommen, auch etwas Galle abgeflossen. — Gegenwärtig findet sich im lockeren Narbengewebe eine kleine Oeffnung, welche ungefähr 10 Centm. tief gegen das Becken, nicht wie früher gegen die Leber führt.

»14. VII. Einführung einer Drainage; Ausspritzen mit 5% Carbolsäurelösung; Lister'scher Verband« —

Am 19. wurden die Fistelgänge am linken Unterschenkel einer operativen Behandlung unterzogen, deren Details wir hier übergehen können. Das Resultat war ein zufriedenstellendes.

»21. VII. Keine Entzündungserscheinungen, kein Schmerz.« —

Der Fortgang war der beste; nach Verfluss eines Monats war am Unterschenkel die Vernarbung eomplett. Von der Bauchwunde, die unter täglichem Ausspritzen in langsamem Tempo wieder zuheilte, verblieb eine kleine Oeffnung, die täglich einige Tropfen dünnes Secret lieferte. Es konnte dies nicht als ein Hinderungsgrund für die Entlassung angesprochen werden, so dass ihr am 1/IX auf ihr Verlangen der Austritt gewährt wurde. Mit dem Gefühle, in jeder Beziehung gekräftigt zu sein, verliess sie die Anstalt.

Noch verdient erwähnt zu werden, dass während beider Aufenthalte kein einziges Mal eine Fieberbewegung zu constatiren war. Appetit und Stuhl waren immer vortrefflich.

Es war zu Ende Juli gewesen, dass ich den Fall aus eigener Anschauung kennen lernte, also nach der zweiten Operation. Meine eigenen Erhebungen habe ich theilweise schon eingeflochten, theilweise interessiren sie nicht, als nichts Neues zur Sache beitragend.

Ich ersuchte die Frau bei ihrem Austritt, mir sofort Nachricht zu geben, wenn sich ihr Zustand wieder verschlimmern sollte: irgend bedrohliche Symptome sind bis jetzt keine aufgetreten.

Im Sommer 1876 besuchte ich sie: ihr Allgemeinbefinden stand zwar nicht mehr auf der Höhe wie damals, als sie das Spital verliess, entsprechend dem Loose der Fabrikarbeiter. Allein ihre Klagen erstreckten sich nicht weiter als über Nebensächliches, wie geschwollene Füsse, Müdigkeit; das wird nicht überraschen, bedenkt man, dass die Frau in ihrer Blutarmuth täglich über 10 Stunden am Webstuhl stehen muss. — Die Untersuchung ergab ein ganz negatives Resultat. Die Brusteingeweide zeigen normalen Befund, ebenso Milz und Leber; im Bereich des ganzen Abdomens kein tumorartiges Gebilde. Als einzige Anomalie fällt die kleine Oeffnung in der Leistenbeuge auf, welche in den Fistelgang führt, der für eine Sonde eben noch durchgängig ist, einige Centm. lang, und aus dem ein helles seröses Secret sickert. Menses in Ordnung, aber schwach.

Meine letzten Informationen stammen aus dem Spätsommer 1877, wo mir ihr Mann schreibt (15. Aug.), dass ihr Befinden noch dasselbe sei. Die Fistelöffnung wäre einmal zugeheilt; in der Folge sei ihr unwohl geworden, wesshalb sie sich eine reizende Salbe hätte geben lassen, und nachdem darnach der Gang wieder wegsam geworden, sei ihr auch wieder besser. Dagegen habe sie am Knöchel neue Wunden. (Erneute Caries? od. ulc. simpl.)

Diess die Geschichte des Falles! Wenn die retrospective Betrachtung allen Anlass hat, sich über den Erfolg der Behandlung zu freuen — die Patientin und ihr Mann sind auch vollen Dankes für Herrn Professor v. Nussbaum, — um so härter kommt das Geständniss, dass unser Wissensbedürfniss nicht dieselbe Satisfaction finde. Zumal der Verlauf wirkt verwirrend, so dass, eine befriedigende Erklärung nach demselben zu geben, noch schwieriger erscheint, als es zur Zeit der Aufnahme war, eine Diagnose zu treffen. Dazumal war es wenigstens möglich, die Differentialdiagnose gegen Ovarialcyste zu machen. Gegenwärtig, auch mit Benützung aller Quellen fehlt immer noch das richtige Licht für ein überzeugendes Verständniss der Kette von Vorgängen hinter dieser Bauchwand. Wir müssen uns schlechterdings mit einer Wahrscheinlichkeit zufrieden geben. Es sei mir gestattet, den Versuch einer solchen anzuschliessen, die für sich auch nicht mehr geltend machen kann, als das, aus dem Bedürfniss einer möglichst zwanglosen Erklärung hervorgegangen zu sein.

Von vornherein stellt sich die Frage, in welchem Bewandtniss das gallige Secret zu der Natur der Affection stehe, ob in ihm etwa der Schlüssel für die Herkunft des Tumors liege. — Allein, kühl betrachtet muss man sich entschliessen, es als das Accessorische und die Eiteransammlung als das Primäre anzusehen. Zwar fehlt ein directer Anhalts-

punkt, wo der Ursprung des Eiters zu suchen sei. Vieles spricht für eine, den übrigen Knochenleiden analoge Herkunft: Congestionsabscess von einem uns unzugänglichen höher gelegenen Ort. (Sternum, Rippen?). Dazu fehlen freilich alle localen Zeichen. — Auch kann der Eiter am Orte sich gebildet haben, als sog. idiopathischer Abscess der Bauchwand, allerdings unter dem Einfluss der multipeln chronischen Knochenleiden. — Viel unwahrscheinlicher klingt es, den Eiter sich in einem Eingeweide bilden zu lassen, mit Durchbruch nach den Muskeln. Dagegen spricht hauptsächlich der Mangel an vorhergegangenen schweren Symptomen von Seite irgend eines der Baucheingeweide. So schliessen wir Uterus und Eierstöcke aus. An eine etwa vereiterte Ovarialcyste zu denken, ist schon aus dem Umstand unzulässig, weil eine solche von entsprechender Grösse nicht schon so lange im Hypochondrium verweilt hätte. — Weiter: Gegen Leber oder Gallenblase spricht der Ort des ersten Auftretens und der gänzliche Mangel von Störungen ihrer Function bis zur Operation. — Eher noch könnte man sich mit dem Gedanken an einen Wurmabscess befreunden, der zwar nicht durch den herausgetretenen hervorgerufen wäre; dafür erscheint aber das Auftreten zu chronisch, dazu fehlen Complicationen von Seite des Darmes.

Die etwas verwirrenden Nebenumstände denken wir uns derart hinzugekommen. — Der auf eine der obenangedeuteten Weisen in den Bauchmuskeln angesammelte Eiter unterhielt, wie gemeiniglich bei längerm Aufenthalt, einen Entzündungsreiz in seiner Umgebung. — Die Auskleidung der Abscesshöhle gestaltete sich allmählig zu einem Sack von entzündlicher Neubildung, der, rings mit der Nachbarschaft verlöthend, bei seiner successiven Vergrösserung, zumal nach der Seite des geringsten Widerstandes, also nach vorhergegangenen peritonealen Verwachsungen mit den Eingeweiden, Verbindungen einging und so wohl auch an einer Stelle mit der Leber — linkem Lappen — zusammenhing. Nachdem durch die operative Entleerung des Eiters der bedeutende Druck, der auf den Wandungen des Abscesses lastete, aufgehoben war, vielleicht auch durch den Reiz der Injection, platzte an einer Stelle ein mittelgrosser Gallengang und ergoss seinen Inhalt in die leere Höhle; eben daher dürfte auch der Spulwurm stammen, die ja zuweilen in den Gallenwegen gefunden werden. — Durch die Schrumpfung der Wände schloss sich auch die geborstene Stelle, und der Process lief ab, indem die Abscesshöhle obliterirte, mit Ausnahme der kleinen Stelle, die als Fistel zurückgeblieben ist und nun in einem gewissen Sinne die Rolle eines habituellen Ausscheidungsweges übernommen hat, während die primäre Eiterung ihren Abschluss fand.

Neuerkrankung in etwelcher Form ist wahrscheinlich genug, und

dürfte eine solche leicht Symptome liefern, welche die vorstehenden Vermuthungen Lügen straften, weshalb es gerathen erscheint, damit inne zu halten; es sind deren schon so viel, dass der Schreiber dieser Blätter lange nicht mit sich im Reinen war, ob er mit dieser unfertigen Krankengeschichte hervortreten dürfe, namentlich da sie wenig geeignet erschien, als Illustration von der Sicherheit unserer Diagnostik zu dienen. — Den Muth, sie wenigstens im Anhange beizufügen, gab ihm, ausser der Rücksicht auf das Interesse, welches ihre Publication vielleicht finden dürfte, einmal die Erwägung, dass bei aller Erkenntnissbedürftigkeit wir oft genug uns noch entschliessen müssen, uns mit symptomatischer Behandlung zu begnügen, wenn unsere Hilfe verlangt wird, die wir nicht versagen dürfen, — und andererseits die Genugthuung, welche der Fall zu geben angethan ist, dass beim Eintreten einer solchen unbehaglichen Aufgabe gerade wiederum mit Hilfe der Diagnostik noch Handhaben für eine erfolgreiche Therapie zu gewinnen sind.